

## OBSTRÜKSİYON VE INVAGİNASYONA NEDEN OLAN İLEOÇEKAL DUPLİKASYONLAR

### ILEOCAECAL DUPLICATIONS CAUSING OBSTRUCTION AND INTUSSUSCEPTION

Ata ERDENER Ali AVANOĞLU Salih ÇETİNKURŞUN İbrahim ULMAN Erol BALIK

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

**Anahtar Sözcükler :** obstrüksiyon, invaginasyon, duplikasyon

**Key Words:** obstruction, intussusception, duplication

## ÖZET

*Çok ender görülmesi nedeniyle obstrüksiyon ve invaginasyon yapan ileoçekal duplikasyonlu 3 olgu sunulmuştur.*

## SUMMARY

*Three cases of ileocaecal duplication, causing obstruction and invagination, are presented due to the rarity of the clinical picture.*

## GİRİŞ

Duplikasyonlar gastro-intestinal traktusun her yerinde görülebilirler. En sık özofagus ve ileumda yerleşen duplikasyonlar ender olarak kolonda da bulunabilirler. Gastro-intestinal duplikasyonların yalnız %4-18'inin kolonda bulunduğu bildirilmiştir (8). Bunlar içerisinde çok az bir kısmı ise çekal yerleşimlidir (1). Genelde tubuler veya kistik olabilen duplikasyonların çekal yerleşimli olanları, küçük intramural kistler şeklindedir (1, 4, 6). Yerleşim yerleri nedeni ile, gösterdikleri semptomlar açısından özellik taşırlar. Bazı kistler ileumun çekuma açıldığı yerde direkt bası ile obstrüksiyona neden olurken, bir kısmı presipitan bir faktör gibi rol oynayıp invaginasyona neden olurlar (1, 3, 4, 6, 7). Obstrüksiyon yapan tipi invaginasyonun klinik tablosunu taklit edebilir (5).

Intestinal obstrüksiyon ve invaginasyon bulguları olan üç ileoçekal duplikasyon olgusu sunulmuştur.

## OLGULAR

### Olgu 1 :

E. B., 1,5 aylık, kız; üç günden beri karında şişlik, sarı renkli kusma yakınmaları ile gelen hasta kliniğe yatırıldı. Karında distansiyon, rektal tuşede az miktarda koyu sarı renkli, pis kokulu dışkı bulundu; bir kez az miktarda çilek jölesi karakterinde dışkılama gözlemlendi. Nazogastrik tüpten fekalit materyel alındı. Ayakta direkt karın grafisinde multipl hava sıvı düzeyleri saptanan hastaya klinik tablonun ağır olması nedeniyle baryum lavmanı ile redüksiyon denemedi ve olgu invaginasyon ön tanısı ile operasyona alındı. Laparotomide çekumda iki intramural kitle saptandı; bunların invaginasyon oluşturmadığı, ancak tam obstrüksiyona neden olduğu gözlenerek ileoçekal bölge rezeksiyonu ve uçuca ileokolik anastomoz uygulandı. Histopatolojik incelemede çekumda, biri 2 cm çapında, lümene 2 mm'lik bir delikle açılan; diğeri 1 cm çapında lümene açılmayan, iç yüzeyleri

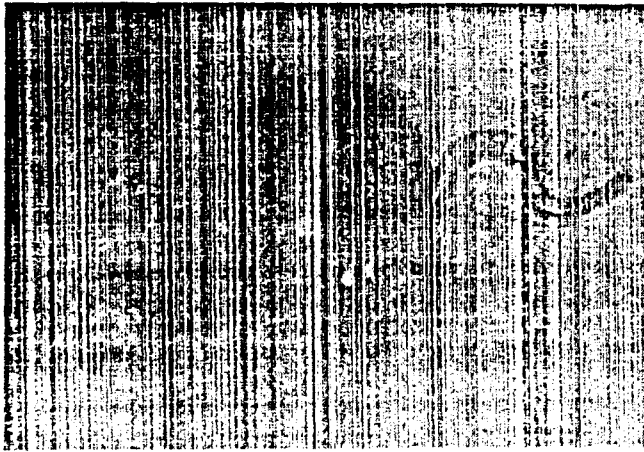
kısmen atrofik kısmen de kolon mukozası ile kaplı iki ileoçekal duplikasyon kisti saptandı. Hasta postoperatif 10. gün onma ile çıkarıldı.

#### Olgu 2 :

S.A., 6 aylık, kız. Anüsten bağırsağın dışarı çıkması yakınması ile gelen olgu kliniğe yatırıldı. Sol alt kadrana uzanan sucuk şeklindeki kitlenin bir ucunun anüsten 4 cm kadar prolabe olduğu görüldü. Ayakta direkt karın grafisinde intestinal obstrüksiyon bulgusu saptandı. Klinik tablonun ağır olması nedeniyle baryum lavmanı ile redüksiyon denenmedi. İnvaginasyon ön tanısı ile yapılan laparotomide ileumun son kısmı ile birlikte tüm kolonun invagine olduğu görüldü. İnvaginasyon kitlesi elle kolayca redükte edildiğinde, ileoçekal bölgede mezenterik yüzdeki 2 cm çaplı intramural kitlenin invaginasyona neden olduğu düşünülerek çekuma yapılan bir insizyonla kitlenin eksizyonu, çekuma sütür ve appendektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede iç yüzü kolon mukozası ile döşeli ileoçekal duplikasyon kisti saptandı. Olgu postoperatif 10. gün onma ile çıkarıldı.

#### Olgu 3 :

D. A., 12 günlük, kız. Beş gündür safralı kusma, karında şişlik ve defekasyon yapamama yakınmaları ile kliniğe başvuran hasta, intestinal obstrüksiyon ön tanısı ile yatırıldı. Karın distandü, tuşede rektum boş, bağırsak sesle



Şekil 1. Çekumda duplikasyon kisti.

ri alınmıyordu. Ayakta direkt karın grafisinde multipl hava sıvı düzeyleri gözlemlendi. Hastaya mekanik bağırsak obstrüksiyonu ön tanısı ile acil laparotomi uygulandı. Para çekal yerleşimli 3 cm çaplı bir duplikasyon kistinin bağırsak lümenini tam olarak tıkadığı görülerek, çekum kistle birlikte rezekle edildi ve uçuca ileokolik anastomoz yapıldı (Şekil 1). Histopatolojik incelemede duplikasyon kistinin kolon mukozası ile döşeli olduğu ve çekum lümeni ile ilişkisi olmadığı saptandı. Hasta postoperatif 15. gün onma ile çıkarıldı.

#### TARTIŞMA

Gastro-intestinal duplikasyonlar gastro-intestinal sistemin her yerinde görülebilirler (1, 4, 6, 8). Küçük, kistik, intramural duplikasyonlar çoğunlukla ileoçekal bölgede yerleşirler. İnvaginasyona neden olabilecek etkenlerin hastaların yalnız % 2-8'inde saptandığı, bunların içinde ileoçekal duplikasyon kistlerinin de yer aldığı bildirilmiştir (4, 6). Bu kistler direkt bası yaparak da intestinal obstrüksiyona neden olabilirler (1, 3, 4, 6).

Ileoçekal duplikasyon kistleri bazen invaginasyon oluşturmada hastalığın tipik bulgularını göstererek invaginasyonu taklit edebilirler (5). Olgulardan birincisinde çilek jöləsi karakterinde dışkılama gözlenmesi, ikincisinde sucuk şeklinde kitlenin palpe edilmesi, periyodik abdominal koliklerin olması invaginasyon için tipik bulgular olmuştur. Her iki olguda da ileoçekal duplikasyon kistleri intramural yerleşimli olup, birinde invaginasyon oluşturmuş, diğerinde ise obstrüksiyonla invaginasyonu taklit etmiştir. Üçüncü olguda invaginasyona özgü bulgu saptanmamış, hasta intestinal obstrüksiyon ve tanısı ile ameliyata alınmıştır.

Duplikasyon kistleri, genellikle, tektirler; aynı olguda birden fazla duplikasyon görülmesi çok seyrek (1, 2). Birinci olguda duplikasyonun iki ayrı intramural kist şeklinde kolduğu ve bunlardan birinin intestinal lumene açıldığı, diğerinin kapalı olduğu görülmüştür.

Duplikasyonlar yerel veya ektopik olmak üzere değişik epitel ile döşeli olabilmektedir (1, 4, 6). Olgularda histopatolojik incelemelerde her üçünde de kist duvarlarının kolon epiteli ile döşeli olduğu görülmüştür.

Gastro-intestinal obstrüksiyon ve invaginasyon bulguları ile gelen olgularda çok az görülse de, obstrüksiyon nedeni veya presipitan faktör olarak ileoçekal duplikasyon kistleri düşünülmesi ve araştırılmasıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Bower R J, Sieber W K, Kiesewetter W B : Alimentary tract duplications in children. *Ann Surg* 188 : 669-674, 1978.
2. Buras R R, Guzeita P C, Majd M : Multiple duplications of the small intestine. *J Pediatr Surg* 21 : 957-959, 1986.
3. Cunningham P, Rose J S, Sokol A : A case of neonatal intussusception. *J Pediatr Surg* 15 : 203-204, 1980.
4. Ravitch M M : Duplications of the gastrointestinal tract. *Pediatric Surgery*, 4. edition. (Ed : Weich K J, Randolph J G, Ravitch M M, O'Neill J A, Rowe, M J)'da. Chicago, Year Book Medical, 1986, 917-921.
5. Saroda N : Duplication of the caecum in a neonate simulating intussusception. *Pediatr Radiol* 15 : 427-429, 1985.
6. Wren EL : Alimentary tract duplications. *Pediatric Surgery*, (Ed : Holder TM, Ashcraft KW)'de. Philadelphia, W B Saunders Company, 1980, 445-448.
7. Yadav K : Caecal duplication cyst presenting as an intussusception in an infant. *J Indian Med Assoc* 85 : 57-60, 1987.
8. Yücesan S, Zorludemir U, Olcay I : Complete duplication of the colon. *J Pediatr Surg* 21 : 962-963, 1986.